

(別紙) **譲渡許可の許可番号**を記載してください。
 麻薬小売業者の免許番号ではありません。

譲渡許可の有効期間の始期
 年月日を記載してください。

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	第 号	許可年月日	年 月 日
返納の事由	すべての麻薬小売業者が、他の麻薬小売り業者に麻薬を譲渡しないことになったため。		
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。			
年 月 日		届出者欄には、全ての許可業者の開設者の氏名及び住所（法人開設の場合、登記上の氏名・住所）を記載して下さい。 ※押印不要	
麻薬業務所名称			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）			
氏名（法人にあつては、名称）			
麻薬業務所名称			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）			
氏名（法人にあつては、名称）			
佐賀県知事 殿		記載する欄が不足する場合は、別紙様式5を使用してください。	

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。